Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2014–2015

29 689 Herziening Zorgstelsel

32 299 Ziekenhuiszorg

Nr. 635 **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 30 juni 2015

Bijgaand zend ik uw Kamer de monitor die de NZa heeft uitgevoerd naar de risico's van faillissementen in de zorg[1]. De NZa onderzocht op eigen initiatief de faillissementsrisico's bij zowel zorgverzekeraars als aanbieders van medisch specialistische zorg en heeft daarbij onderzocht wat de kans op een faillissement bij beide type instellingen is, alsmede de impact daarvan op de toegankelijkheid van zorg. De NZa heeft daarbij specifiek onderzocht of de bestaande marktstructuur en regelgeving in de zorg aanleiding geven tot nieuwe of extra maatregelen vanuit de overheid om de continuïteit van zorg en het stelsel te waarborgen. Met deze aanbiedingsbrief reageer ik op de bevindingen en de aanbevelingen van de NZa.

Kans en impact op faillissement zorgverzekeraar en zorgaanbieder

De NZa concludeert dat de kans op een faillissement van een zorgverzekeraar zeer klein is. Dat komt allereerst omdat de vermogenspositie van alle bestaande marktpartijen «goed» te noemen is. De zorgverzekeraars beschikken over een buffer om onvoorziene risico's op te vangen. Dat is ook te danken aan het toezicht dat de Nederlandsche Bank uitoefent op de financiële soliditeit van zorgverzekeraars. Zij ziet er op toe dat zorgverzekeraars voldoende financiële armslag hebben om voorzienbare dan wel onvoorziene tegenslagen te kunnen opvangen. Daarmee worden belangrijke randvoorwaarden gecreëerd om de continuïteit te waarborgen. Een tweede belangrijke reden voor dit zeer beperkte risico is gelegen in het feit dat de bedrijfsrisico's die verzekeraars lopen relatief klein en goed beheersbaar zijn. Doordat de zorgverzekering wettelijk verplicht is voor alle inwoners, is de landelijke vraag naar verzekeringen constant. Dit geeft de verzekeraars als collectief uiteraard de nodige zekerheid over de inkomstenstroom. Daar komt bij dat de kosten van

[1] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

kst-29689-635
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2015

zorgverzekeraars, als gevolg van een effectieve risicoverevening, ook redelijk voorspelbaar zijn.

Door jaarlijkse verbeteringen in de risicovereveningsmodellen worden verzekeraars steeds beter gecompenseerd voor voorspelbare kostenverschillen als gevolg van gezondheidsverschillen van hun verzekerden. In mijn brief van 16 juni jl. heb ik toegelicht welke verbeteringen ik van plan ben per 2016 door te voeren. Wel gaan verzekeraars vanwege de afbouw van ex post compensaties steeds meer zorg risicodragend uitvoeren. Dit vloeit voort uit de ambitie uit het regeerakkoord om de Zvw in 2017 volledig risicodragend uit te laten voeren door zorgverzekeraars. Desalniettemin acht ik – gegeven het juridische kader waarbinnen zorgverzekeraars opereren – de kans dat een zorgverzekeraar omvalt, zeer klein.

De kans dat een aanbieder van medisch specialistische zorg in de problemen komt is reëler, maar evenwel classificeert de NZa deze kans ook als «beperkt». Tot op heden zijn geen grote aanbieders van medisch specialistische zorg failliet gegaan, maar de faillissementen van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis in Spijkenisse en de Sionsberg in Dokkum laten zien dat faillissementen kunnen voorkomen. In beide gevallen bleek het echter mogelijk om de zorgplicht uiteindelijk – zij het met een beperkter aanbod – te continueren.

In zijn algemeenheid kan worden opgemerkt dat de meeste zorgaanbieders van medisch specialistische zorg een tamelijk stabiele vraag kennen. Om die reden liggen faillissementen op grote schaal dan ook niet voor de hand. De NZa schetst in zijn rapportage een aantal ontwikkelingen (substitutie, toenemende kwaliteits- en volume-eisen) waarmee aanbieders van medisch specialistische zorg terdege rekening dienen te houden. Er gebeurt veel in de zorg waar bestuurders op moeten inspelen en hun zorgaanbod op moeten aanpassen om zo ook financieel gezond te blijven.

Kijkend naar de gemiddelde financiële positie van ziekenhuizen laat de laatste Marktscan Medisch specialistische zorg van de NZa uit 2013 zien dat de gemiddelde liquiditeit (current ratio) 1,0 bedraagt. Dat betekent dat gemiddeld genomen ziekenhuizen goed aan hun kortlopende schulden kunnen voldoen. Deze waarde is ook gestegen ten opzichte van het jaar daarvoor. Indien echter wordt gekeken naar enkele individuele ziekenhuizen constateert de NZa dat er ook een groep ziekenhuizen is die lager dan 1,0 scoren. Uit de BDO-benchmark ziekenhuizen 2015 blijkt dat er relatief veel kleinere aanbieders in deze kwetsbare groep vertegenwoordigd zijn. Het mag voor zich spreken dat deze ziekenhuizen zich in een gevarenzone begeven als ze niet in staat zullen blijken om deze score voor zichzelf te verbeteren. Hier ligt een belangrijke uitdaging voor bestuurders en interne toezichthouders.

Faillissementen zijn – hoe ingrijpend voor de direct betrokkenen ook – niet altijd te voorkomen. Het hoeft ook niet per se tegen het publieke belang van goede, toegankelijke en betaalbare zorg te zijn dat bepaalde zorgaanbiedersverdwijnen. De NZa wijst er op dat een faillissement ook kan aangeven dat betreffende organisatie geen zelfstandig bestaansrecht heeft. Bijvoorbeeld omdat er te weinig vraag is naar de aangeboden diensten of omdat er overcapaciteit in de sector bestaat. Ik ben daarbij van mening dat de dreiging van een mogelijk faillissement andere zorgaanbieders ook kan prikkelen tot betere prestaties. De mogelijkheid van een faillissement heeft onherroepelijk een disciplinerende werking op de bedrijfsvoering van zorginstellingen.

Mocht een faillissement zich voordoen dan geldt in zijn algemeenheid dat de algemene toegankelijkheid van zorg – gezien het grote aanbod – niet snel in gevaar komt. Bij de patiëntengroep met de langste reistijd is op gemiddeld 9,2 minuten een alternatieve zorgaanbieder voorhanden. De meeste patiënten (70%) hebben binnen een straal van 30 minuten meer dan vier alternatieve zorgaanbieder die zij kunnen bezoeken.

Markconcentraties in de zorg

De NZa wijst erop dat zowel op de zorgverzekeringsmarkt als op de markt van aanbieders van medisch specialistische zorg sprake is van een hoge concentratiegraad. In de zorgverzekeringsmarkt bedienen vier zorgverzekeringsconcerns bijna 90% van de markt en op regionaal niveau heeft een zorgverzekeraar veelal een dominante positie. In de medisch specialistische zorg is sprake van een afname van het aantal zelfstandige ziekenhuizen. Het gemiddelde gewogen marktaandeel per ziekenhuis bedroeg in 2013 50,3%. Een verdergaande concentratie zou er volgens de NZa toe kunnen leiden dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de toekomst zo groot worden dat zij niet meer gemist kunnen worden.

Ik onderschrijf de zorgen van de NZa over de voortgaande concentratie in de zorg. Zoals aangekondigd in de brief «Kwaliteit loont» wil ik het sectortoezicht in de zorg versterken. Hiertoe wil ik het zorgspecifiek markttoezicht overhevelen van de NZa naar de ACM, teneinde kennis en expertise te bundelen bij één toezichthouder. Bovendien breid ik de capaciteit van de ACM specifiek voor de zorgsector uit met ongeveer 20 fte (€ 2,5 mln.). Met de extra capaciteit kan de ACM vooruitlopend op de overheveling marktonderzoek doen naar de zorgsectoren, waaronder de medisch-specialistische zorg en het functioneren van de zorgverzekeringsmarkt. Voorts ben ik voornemens het wettelijk instrumentarium waar nodig aan te scherpen, onder meer door partijen bij de zorgspecifieke fusietoets te verplichten beter te motiveren waarom zij kiezen voor fusie en niet voor een lichtere vorm van samenwerking.

Een viertal specifieke aandachtspunten

De NZa benoemt in haar risicoverkenning vier aandachtpunten waarop ik nader zal ingaan.

- Het ontbreken van garanties voor hoog-complexe, laagvolume medisch specialistische zorg;
- Ingeval van faillissement in dunbevolkte gebieden risico's wegens beperkt alternatief aanbod voor de toegankelijkheid van de zorg;
- Mogelijke liquiditeitsproblemen bij zorgaanbieders bij het faillissement van een regionaal dominante verzekeraar;
- De kans dat grote aantallen verzekerden een tijd onverzekerd zijn bij faillissement van een zorgverzekeraar.

Gezien de zeer geringe meer hypothetische kans dat een zorgverzekeraar failliet gaat heb ik de beide laatste punten samen genomen in mijn reactie.

Risico's rondom complexe vormen van zorg

Hoewel bij eventueel wegvallend zorgaanbod gemiddeld genomen de reistijden naar alternatieve aanbieders binnen zeer aanvaardbare grenzen blijft, geldt dit niet altijd voor het aanbod van hoog complexe, laagvolume zorg. Door zijn aard is deze vorm van zorg geconcentreerd, wat maakt dat een eventueel alternatief zich op grotere afstand bevindt en dus automatisch een langere reistijd inhoudt. Toch ben ik van mening dat de toegankelijkheid van hoog complexe zorgvormen bij een mogelijk faillissement voldoende gegarandeerd blijft en derhalve een wijziging van

het beleidskader rond continuïteit van zorg niet nodig is. Ook hier hebben zorgverzekeraars immers een zorgplicht die maakt dat mensen het recht op toegang tot de zorg niet kan worden ontzegd. De zorgverzekeraar is er dus aan gehouden om afspraken te maken met eventuele alternatieve aanbieders, dan wel het specifieke aanbod via een vangnetconstructie beschikbaar te houden. Dat bij een eventueel faillissement de reistijden – die gezien het beperkte aanbod al ruimer zijn dan gemiddeld – verder worden vergroot is ook op voorhand niet altijd het geval. Immers de betrokken specialisten zullen waarschijnlijk snel ergens anders hun werkzaamheden voortzetten. Zij beschikken namelijk over specialistische kennis die in het zorgaanbod niet ruim bemeten is, terwijl er wel een gegarandeerde vraag naar is. Wel acht ik het nuttig dat NZa verder in kaart brengt welke aspecten volgens hun inschatting nog bijzondere aandacht behoeven. Daar waar dat nodig mocht zijn kan de NZa altijd regels stellen voor zorgverzekeraars bij het signaleren en afwikkelen van faillissementen. Daarmee acht ik de risico's die er mogelijk zouden kunnen zijn, voldoende ondervangen.

De risico's in dunbevolkte gebieden

In krimpregio's zoals Zeeuws-Vlaanderen en Friesland zijn er vaak maar een of twee ziekenhuizen waar cliënten terecht kunnen. De bevolkingsdaling in deze gebieden als gevolg van vergrijzing en ontgroening heeft gevolgen voor het voorzieningenniveau in de zorg en vergt soms het uiterste van betrokken partijen om de noodzakelijke voorzieningen op een kwalitatief goed niveau en op een economisch rendabele wijze in stand te houden. De NZa constateert dat in deze dunbevolkte gebieden er dusdanig weinig alternatief aanbod bestaat, dat bij een faillissement de toegankelijkheid van zorg in gevaar zou kunnen komen komen.

In mijn brief van 6 maart jl. heb ik uw Kamer geïnformeerd over mijn beleidsvoornemens voor de curatieve zorg in krimpregio's. Zowel de overheid, zorgverzekeraars, ziekenhuizen, gemeenten als patiënten hebben gezamenlijk – ieder vanuit zijn eigen rol en verantwoordelijkheid – een taak om de problemen rondom krimp aan te pakken. Voor de concentratie van ziekenhuiszorg is op dit moment één wettelijke ondergrens van belang, te weten de 45 minutennorm voor acute zorg. Deze norm is voor mij erg belangrijk als het gaat om het behoud van een goede spreiding en infrastructuur van ziekenhuiszorg in Nederland. In bepaalde regio's kunnen problemen ontstaan om aan de 45 minutennorm voor spoedeisende hulp en acute verloskunde te voldoen, indien een ziekenhuis de SEH en of de acute verloskunde niet meer draaiende kan houden omdat de inkomsten uit de tarieven ontoereikend zijn. Ik heb de NZa een aanwijzing gegeven om de voorwaarden voor de beschikbaarheidbijdrage voor spoedeisende hulp en acute verloskunde aan te passen, zodat deze beter aansluit bij de situatie in krimpregio's. Ik verwacht hiermee de zorgaanbieders in krimpregio's beter in staat te stellen om de continuïteit van deze zorg te waarborgen.

De financiële afhankelijkheid van zorgaanbieders + risico op onverzekerd zijn

De NZa constateert dat bij een faillissement van een zorgverzekeraar, zorgaanbieders kunnen worden geconfronteerd met het wegvallen van de financiering van het onderhanden werk door die verzekeraar. Het effect dat dit heeft op de financiële kwetsbaarheid van ziekenhuizen, is groter naar mate in het verzorgingsgebied sprake is van een groter marktaandeel van die verzekeraar. Tevens verwacht de NZa dat bij een faillissement van een (grote) zorgverzekeraar relatief grote groepen mensen voor langere

tijd onverzekerd zouden kunnen zijn, aangezien zij in beginsel zelf verantwoordelijk zijn om zich binnen een maand te herverzekeren.

Laat ik vooropstellen dat de kans dat een zorgverzekeraar omvalt echt zeer klein is. Zo luidt ook de conclusie van de NZa zelf. Desalniettemin acht ik het nuttig dat is nagegaan wat de mogelijke effecten zouden kunnen zijn – hoe onwaarschijnlijk ook – van een faillissement van een zorgverzekeraar. Ik acht de risico's verbonden aan een faillissement voor de eventuele financiële afhankelijkheid van de zorgaanbieder en voor het langere tijd eventueel onverzekerd rondlopen van verzekeringsplichtigen, verwaarloosbaar klein. De zorgverzekeringsmarkt kenmerkt zich door een solide financiële basis van alle zorgverzekeraars, de bestaande verzekeringsplicht in ons land, een steeds verfijnder model van risicoverevening en een solide toezicht van de Nederlandsche Bank. Door de aard van de zorgverzekeringsmarkt verwacht ik de genoemde effecten niet en acht ik beleidswijziging vooralsnog niet noodzakelijk.

Dat neemt niet weg dat het goed is dat de NZa de ontwikkelingen in de markt van zorgverzekeraars nauw zal blijven volgen. Ten aanzien van het beperken van de financiële afhankelijkheid in relatie tot het onderhanden werk heb ik eerder voorstellen gedaan om een versnelling van de informatievoorziening te realiseren. Dat heeft ertoe geleid dat per 1 januari 2015 de doorlooptijd van DBC zorgproducten is verkort van maximaal 365 dagen naar 120 dagen.

Ten aanzien van de verzekeringsplicht acht ik de bestaande wettelijke kaders voldoende robuust. Op grond van artikel 31 Zvw voldoet het Zorginstituut – ingeval van een faillissement van een zorgverzekeraar – aan verzekerden de bestaande vorderingen wegens hun recht op vergoeding van de genoten zorg. Dat is dus voldoende geregeld. Daarbij komt dat een mogelijk faillissement van een zorgverzekeraar door de bestaande waarborgen zich niet van vandaag op morgen zal voordoen. De voortekenen daarvan zullen – mede als gevolg van het uitgeoefende toezicht – al eerder zichtbaar zijn. In de aanloop naar een eventueel faillissement zal de zorgverzekeraar vanuit zijn maatschappelijke verantwoordelijkheid de gevolgen voor zijn verzekerden – in samenwerking met andere betrokken partijen – zoveel mogelijk willen beperken en onverzekerdheid trachten te voorkomen. Omdat het hier vooral om een theoretische mogelijkheid gaat, is het weinig zinvol om nu te speculeren over welke maatregelen daartoe nog extra getroffen zouden moeten worden.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers